

**PETICION PARA EXENCION DE LA TRANSFERENCIA ELECTRONICA
DE BENEFICIOS (EBT) DE ASISTENCIA MONETARIA**

FECHA

NOMBRE DEL CLIENTE

NUMERO DEL CASO

El Condado revisará la información que yo proporcione para decidir cómo darme mi asistencia monetaria.

No quiero recibir mi asistencia monetaria por medio de EBT porque:

☐ Tengo una condición temporal que me impide usar EBT. *

☐ Tengo una condición permanente que me impide usar EBT. *

*Usted necesitará obtener verificación de su proveedor médico a menos que tenga una condición que sea obviamente aparente o que se haya documentado previamente dentro de sesenta (60) días antes de la fecha de esta petición que diga qué es la condición que le impide usar EBT y la duración esperada de la condición.

☐ Otro (*explique*): _____

¿Se proporcionó verificación? ☐ Sí ☐ No ☐ No se necesita

¿Se concedió la exención? ☐ Sí ☐ No, continúa con EBT

Si la respuesta es "Sí", método alternativo que se usará:

☐ Depósito directo ☐ Orden de pago (cheque)

FIRMA DEL CLIENTE

NUMERO DE TELEFONO

FECHA EN QUE SE NOTIFICO AL CLIENTE

INICIALES DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR

NUMERO DEL TRABAJADOR